

# Описание клинического случая пациента с синхронным раком собственной и пересаженной почек

А.В. Хайленко<sup>1, 2</sup>, В.А. Черняев<sup>1</sup>, К.М. Фигурин<sup>1</sup>, В.Б. Матвеев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России; Россия, 115478 Москва, Каширское шоссе, 24;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; Россия, 117997 Москва, ул. Островитянова, 1

**Контакты:** Алексей Викторович Хайленко avkhaylenko@gmail.ru

Трансплантация почки — наиболее часто выполняемая процедура по пересадке органов в мире. Возникновение злокачественных опухолей является одним из хорошо известных поздних осложнений трансплантации органов, индуцируемым иммунодепрессивной терапией. В подавляющем большинстве случаев рак почки возникает в собственных органах пациентов, однако в небольшом проценте случаев злокачественные новообразования встречаются в трансплантированном органе. В статье приведено описание редкого клинического наблюдения пациента с синхронным раком собственной и пересаженной почек.

**Ключевые слова:** рак почки, рак пересаженной почки, светлоклеточный рак

DOI: 10.17650/1726-9776-2017-13-4-122-125

## Description of a clinical case of synchronous cancer in the native and graft kidneys

A. V. Khaylenko<sup>1, 2</sup>, V. A. Chernyaev<sup>1</sup>, K. M. Figurin<sup>1</sup>, V. B. Matveev<sup>1</sup>

<sup>1</sup>N. N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of Russia; 24 Kashirskoe Shosse, Moscow 115478, Russia;

<sup>2</sup>N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia; 1 Ostrovityanova St., Moscow 117997, Russia

Kidney transplantation is the most frequently performed organ transplant procedure in the world. The occurrence of malignant tumors is one of the well-known late complications of organ transplantation, which is induced by immunosuppressive therapy. In the vast majority of patients, kidney cancer occurs in the native organs; however, in a small percentage of cases, malignancies are found in the graft organ. The article describes a rare clinical case of a patient with synchronous cancer in the native and graft kidneys.

**Key words:** kidney cancer, graft kidney cancer, clear-cell carcinoma

### Введение

Трансплантация почки — наиболее часто выполняемая процедура по пересадке органов в мире. В 2014 г. было произведено 77 948 таких операций по всему миру [1]. Начиная с 1960-х годов в мировую практику было введено выполнение иммунодепрессивной терапии у реципиентов, что позволило значительно повысить жизнеспособность трансплантата. Так, в настоящее время сообщается об успешном 5-летнем функционировании пересаженной почки у 85,7 % реципиентов, получивших трансплантат от живых доноров, и у 73,5 % реципиентов, которым была пересажена трупная почка, на фоне выполняемой терапии, угнетающей иммунитет реципиента [2]. Тем не менее проведение иммунодепрессивной терапии у данной категории пациентов приводит к возникновению побочных эффектов, таких как инфекционные осложнения, сердечно-сосудистые заболевания, возникновение злокачественных новообразований. Появление злокачественных опухолей — одно из хорошо известных поздних осложнений трансплантации органов, индуцируемое иммунодепрессивной терапией [3].

Злокачественные новообразования кожи — наиболее часто встречаемые виды опухолей у когорты больных, получивших иммуносупрессивную терапию. Так, по данным Национального канцер-регистра Ирландии, отмечается 82-кратное увеличение показателей заболеваемости немеланомными кожными злокачественными новообразованиями у данной группы пациентов [4]. По данным других авторов, риск появления базально-клеточного рака кожи у больных, получающих иммуносупрессивную терапию, в 10–16 раз выше, чем в общей популяции [5]. Злокачественные новообразования почечной паренхимы составляют 4,6 % от всех новообразований у данной группы пациентов, что несколько выше, чем в общей популяции, в которой доля новообразований почек составляет 3,0 % [6]. В подавляющем большинстве случаев рак почки возникает в собственных органах пациентов, однако в небольшом проценте (0,5–1,0 %) случаев он встречается в трансплантированном органе [7, 8]. Наиболее распространенным гистологическим типом новообразований почечного аллотрансплантата является почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант [3, 6].

В доступных источниках литературы мы не обнаружили описания случаев наличия у пациента-реципиента синхронных опухолей: базально-клеточного рака кожи, злокачественных новообразований собственной и пересаженной почек. Приводим описание собственного клинического наблюдения.

### Клинический случай

**Пациент Б.,** 58 лет, с 1980-х годов страдает хроническим гломерулонефритом. В 1995 г. в связи с исходом болезни в терминальную стадию хронической почечной недостаточности больному начат программный гемодиализ. В 1999 г. ему была выполнена аллотрансплантация трупной почки. С этого же времени пациент получал иммуносупрессивную терапию. Осенью 2016 г. больной обнаружил опухолевое образование на коже щеки. По месту жительства в сентябре 2016 г. было произведено иссечение опухоли. По данным гистологического заключения выявлен рак. При дообследовании у пациента обнаружено опухолевое поражение обеих собственных почек и опухолевый узел в пересаженной почке. В декабре 2016 г. больной обратился за медицинской помощью в РОНЦ им. Н.Н. Блохина, где ему было рекомендовано оперативное лечение в условиях урологического отделения.

**Описание местного проявления.** Данные ультразвукового исследования от 19.01.2017: в печени, поджелудочной железе и селезенке — без узловых образований, в брюшной полости свободная жидкость не определяется. Почки расположены типично, уменьшены в размерах. Правая почка размером  $6,4 \times 3,6$  см, паренхима истончена до 0,5 см, в верхней трети отмечаются кисты размером  $1,3 \times 1,5$  см, чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка размером  $6,5 \times 3,4$  см, в средней трети выявлена опухоль размером  $6,8 \times 5,0 \times 7,4$  см, в синусе кисты до 1,1 см, чашечно-лоханочная система не расширена, в проекции надпочечников без дополнительных образований. В правой подвздошной области определяется трансплантированная почка с удвоенным синусом размером  $14,0 \times 6,5$  см и кистами размерами 1,5 и 1,4 см, узловое образование отчетливо не наблюдаются, чашечно-лоханочная система не расширена. Забрюшинные лимфатические узлы в доступных исследованию участках не определяются, подвздошные лимфатические узлы справа и слева не регистрируются. Нижняя полая вена без признаков тромбоза.

**Описание представленных снимков рентгеновской компьютерной томографии от 28.09.2016.** Почки уменьшены в размере. В средней трети левой почки по задненаружной поверхности определяется опухолевый узел размером до  $7,0 \times 6,2$  см, неоднородной структуры, с неровными контурами, распространяется на синус почки и паранефральную клетчатку. При внутривенном контрастировании отмечается накопление контрастного препарата (рис. 1). В верхнем полюсе правой почки обнаружива-

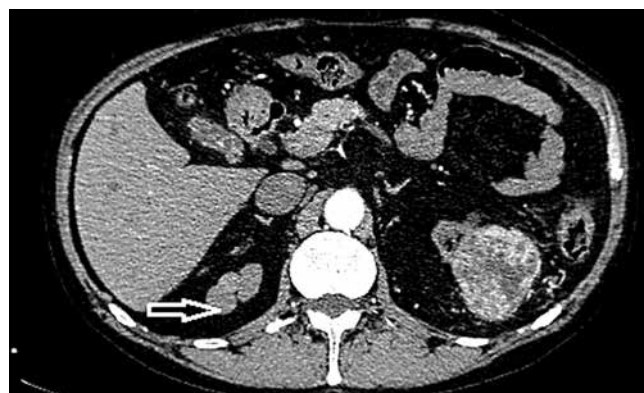
ются опухолевый узел размером 1,6 см и кистозное образование размером  $2,2 \times 1,5$  см, которое незначительно накапливает контрастный препарат (рис. 2). В правой подвздошной области определяется трансплантированная почка, отмечается ее удвоение, функция сохранена. В паренхиме, средней трети трансплантированной почки определяется опухоль размером  $1,7 \times 1,4$  см (рис. 3).

Пациенту 01.02.2017 была выполнена одномоментная лапароскопическая билатеральная нефрэктомия, затем вскрыта брюшная полость в проекции пересаженной почки в правой подвздошной области, ранее удаленные почки с опухолевыми узлами через разрез извлечены из операционной раны, следующим этапом была произведена резекция пересаженной почки. Осложнений во время операции нет. Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольном обследовании отмечено, что функция пересаженной почки сохранена. Уровни мочевины и креатинина в норме.



**Рис. 1.** Рентгеновская компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным усилением, аксиальная плоскость: опухолевое образование левой почки (стрелка)

**Fig. 1.** Intravenous contrast-enhanced X-ray computed tomography of the abdomen, axial plane: a left kidney tumor (arrow)



**Рис. 2.** Рентгеновская компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным усилением, аксиальная плоскость: опухолевое образование правой почки (стрелка)

**Fig. 2.** Intravenous contrast-enhanced X-ray computed tomography of the abdomen, axial plane: a right renal mass (arrow)



**Рис. 3.** Рентгеновская компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным усилением, аксиальная плоскость: опухолевое образование пересаженной почки (стрелка)

**Fig. 3.** Intravenous contrast-enhanced X-ray computed tomography of the abdomen, axial plane: a graft kidney tumor (arrow)

**Заключение гистологического исследования послеоперационного материала.** Левая почка размером  $9,0 \times 6,5 \times 6,0$  см. На разрезе паренхима почки истончена до  $0,5$  см, содержит опухолевый узел размером  $6,0 \times 6,0 \times 6,0$  см. Макроскопически не прорастает в паранефральную клетчатку. Просвет почечной вены свободно проходит. В опухолевом узле определяется светлоклеточный почечно-клеточный рак II степени злокачественности (Fuhrman nuclear grade) с прорастанием в капсулу почки, без прорастания в жировую клетчатку. В краях резекции мочеточника — без признаков опухолевого роста.

Правая почка размером  $6,0 \times 3,5 \times 3,0$  см. На поверхности почки определяется кистозное образование диаметром  $2$  см, с тонкими стенками, заполненными прозрачной жидкостью. Паренхима почки толщиной до  $0,4$  см. Макроскопически описанная кистозная полость в правой почке выстлана кубическим и цилиндрическим эпителием с очаговым формированием сосочков. В краях резекции мочеточников и паранефральной

клетчатке — без элементов опухолевого роста. В ткани левой почки на остальном протяжении и в ткани правой почки обнаружены признаки хронического пиелонефрита («щитовидная почка»).

Опухолевый узел из трансплантированной почки диаметром  $2$  см, представлен разрастаниями светлоклеточного почечно-клеточного рака II степени злокачественности (Fuhrman nuclear grade), в краях резекции без признаков опухолевого роста.

**Пересмотр представленных гистологических препаратов (иссечение опухоли кожи щеки).** В готовых препаратах — срезы кожи с базально-клеточным раком с признаками изъязвления.

### Обсуждение

Аллотрансплантация почки в настоящее время — наиболее распространенная операция в трансплантологии. Данный способ является единственным методом заместительной почечной терапии, способствующим наиболее полной реабилитации пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Для адекватного функционирования пересаженного трансплантата пациентам необходим пожизненный прием иммуносупрессивных препаратов. Однако данная терапия повышает вероятность возникновения рака почки у реципиентов. Поэтому тщательное и регулярное обследование пациентов в плане выявления злокачественных новообразований позволяет обнаружить опухоли почечной паренхимы небольших размеров, что делает возможным выполнение органосохраняющих операций на пересаженном органе.

В нашем наблюдении обращает на себя внимание как крайне редкое клиническое наблюдение описываемого случая, так и малоинвазивное, радикальное и одномоментное выполнение оперативного вмешательства у данного пациента.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** Authors declare no conflict of interest.

**Финансирование.** Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

**Financing.** The study was performed without external funding.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. <http://www.transplant-observatory.org/data-reports-2014/> [Accessed 17 February 17].
2. Hart A., Smith J.M., Skeans M.A. et al. Kidney. Am J Transplant 2016;16(2):11–46. DOI: 10.1111/ajt.13666. PMID: 26755262.
3. Penn I. Cancer in renal transplant recipients. Adv Ren Replace Ther 2000;7(2):147–56. PMID: 10782732.
4. Moloney F.J., Comber H., O'Lorcain P. et al. A population-based study of skin cancer incidence and prevalence in renal transplant recipients. Br J Dermatol 2006;154(3):498–504. DOI: 10.1111/j.1365–2133.2005.07021.x. PMID: 16445782.
5. Kearney L., Hogan D., Conlon P. et al. High-risk cutaneous malignancies and immunosuppression: challenges for the reconstructive surgeon in the renal

- transplant population. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2017;70(7):922–30.  
DOI: 10.1016/j.bjps.2017.03.005.  
PMID: 28457679.
6. Ribal M.J., Rodriguez F., Musquera M. et al. Nephron-sparing surgery for renal tumor: a choice of treatment in an allograft kidney. Transplant Proc 2006;38(5):1359–62.  
DOI: 10.1016/j.transproceed.2006.03.033.  
PMID: 16797303.
7. Boix R., Sanz C., Mora M. et al. Primary renal cell carcinoma in a transplanted kidney: genetic evidence of recipient origin. Transplantation 2009;87(7):1057–61.  
DOI: 10.1097/TP.0b013e31819d1e5f.  
PMID: 19352128.
8. Rotman S., Druaz C., Venetz J. P. et al. *De novo* concurrent papillary renal cell carcinoma and angiomyolipoma in a kidney allograft: evidence of donor origin. Hum Pathol 2006; 37 (4):481–7.  
DOI: 10.1016/j.humpath.2005.11.024.  
PMID: 16564925.